

ATTESTATION D'ACCORD DE L'EMPLOYEUR

POUR L'ENTREE EN FORMATION
DIPLOME D'ETAT MEDIATEUR FAMILIAL

JE SOUSSIGNÉ.E,

Madame Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction: _____

Organisme/ établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

CERTIFIE ÊTRE L'EMPLOYEUR DE :

Madame Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction: _____

ET LUI DONNE AUTORISATION POUR S'INSCRIRE ET SUIVRE LA FORMATION DE MEDIATEUR FAMILIAL À
ETCHARRY FORMATION DEVELOPPEMENT SOUS LE STATUT SUIVANT :

En cours d'emploi (financement propre, OPCO, CPF de transition)

En contrat d'apprentissage

En contrat de professionnalisation

Fait à _____ Le _____

Signature

Cachet de l'employeur